

令和4年度第2回愛知県地域医療構想推進委員会

令和5年3月27日（月）

【愛知県医師会理事（浦田）】 皆様、お待たせしました。

2時になりましたので、ただいまから令和4年度第2回の愛知県地域医療構想推進委員会を開催いたします。

まず、開会に当たりまして、愛知県保健医療局の吉田局長さんから御挨拶を頂戴したいと思います。

【愛知県保健医療局長（吉田）】 皆様、大変お忙しい中、令和4年度第2回目の愛知県地域医療構想推進委員会へ御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

また、それぞれ委員の皆様方におかれましては、平素より愛知県の保健医療行政の推進につきまして格別の御理解、御協力いただいております。重ねて厚く御礼申し上げる次第でございます。

さて、現下の新型コロナウイルス感染症の状況でございますが、本当に医療関係者の皆様の大変な御尽力、とりわけ今日御出席の皆様方におかれましては、重点医療機関ですとか診療・検査医療機関、それからワクチン接種に大変な御尽力いただいております。そういった皆様方の御努力のかいもありまして、ようやく落ち着いた状況になりまして、御案内のとおり、5月8日からは5類感染症の位置づけということになりました。

ただ、このウイルスがなくなるわけではございませんので、引き続きどうぞそれぞれのお立場で基本的な対策の推進につきまして、御尽力いただければと思っております。

本日は限られた時間でございますが、報告事項として、地域医療構想の進め方に関する研修会の御報告ですとか、三重大学医学部の田辺教授にお越しいただきまして、医療計画と新興感染症対策について貴重な御講演をいただく予定になっております。

田辺先生におかれましては、厚生労働省の指導課ですとか、新型インフルエンザ対策推進室などの御経験もございまして、大変貴重な御講演をいただければと思っております。

また、せっかくの貴重な時間でございますので、各構想区域における地域医療の現状についてもお話をいただければと思っております。

限られた時間ではございますが、どうぞ忌憚のない意見交換を賜りますよう切にお願い

申し上げます、簡単ではございますが、開会に当たっての挨拶とさせていただきます。
本日は本当にありがとうございます。

【愛知県医師会理事（浦田）】 ありがとうございます。

この委員会は、愛知県の委託事業として公益社団法人愛知県医師会が開催しております。
でございます。

それでは、愛知県医師会、柵木会長より御挨拶を申し上げます。

【愛知県医師会会長（柵木）】 皆さん、こんにちは。愛知県医師会長の柵木でございます。

この会は今言ったように、愛知県の委託事業として愛知県医師会が開催しておりますという
ことでございます。

これは、以前から医療圏協議会という形で大体構成メンバーは同じようなメンバーでござ
います。これは地域医療計画ができたのが昭和60年ですか、それ以後ずっと県医師会
として開催しておったものを地域医療構想という施策が出てきたのをきっかけに、地域医
療構想推進委員会と改組したということでございます。

それで、今年2回目ですが、去年の10月にこの委員会で、地域医療計画と地域医療構
想というのはどこがどう違うのかと、お話をいたしました。もう一度これをおさらいさせ
ていただきますけれども、地域医療計画というのは病床整備計画以外にも、5疾病・5事
業、在宅医療、医療安全、それから医療連携、医薬分業、医師を含めた医療人材確保、さ
らには専門医制度と、それからまた歯科医療も入っており、医療体制に係るありとあらゆる
問題がこの中に包含されておるわけでございます。地域医療構想とは、この医療計画の
中から病床整備、すなわち病床の数、それから病床機能に関わる計画をくりぬいて出した
ものを地域医療構想と称しておるわけございまして、病床数とその機能を各構想圏の実
情に合わせて整備していくのが地域医療構想であるというお話を申し上げました。一応2
025年の目標年まであと2年ということになりました。

今日は三重大学の田辺先生、お忙しいところをお越しいただきました。三重県の医療計
画、あるいは感染症対策についてお話をいただきます。皆さんが御承知かどうか知りませ
んが、三重県というのは全国で唯一と言っていいと思いますが、構想圏を設定するときに、
医療圏を2つに割って、4つの医療圏、8つの構想圏という医療体制を引いておる、レア
というか全国唯一だと私は思っております。そうでなければまた御指摘賜りたいと思いま

す。

これは私にとっても非常に思い出が深く、平成27年だったと思いますが、今から七、八年前でありますけれども、第6次の医療法改正のときに、この地域医療構想、そのときは地域医療ビジョンという表現をしましたが、これが出てきたときに、当時の三重県の医師会長と相当この問題について議論した記憶がございます。私の記憶では、そのときに厚労省の指導は、この構想圏というのは必ずしも医療圏と一致しなくてもいいよと、構想圏というのは先ほど言った病床の整備、あるいは病床機能ということを中心にして、地域の実情に合わせて医療圏とは独自に構想圏を引いてもいいとの言い方を、これは日本医師会を通じて聞いたのか、あるいは厚労省から聞いたのか、記憶は定かではありませんけれども、そのように聞いておったわけでありまして。より地域に密着した医療を提供するためには圏域は狭いほうがいいと当時の医師会長の青木先生がそのようにおっしゃって、三重県はもっと医療圏に沿わずに構想圏として狭い区域を想定して構想圏をつくるのだと、かなり夢を持ってというか、そのように語っておられた当時の三重県の医師会長の姿を今でも思い出することができます。

それで分割したのだと思いますが、最近になってやっとこの地域医療構想というものがよく理解できてきましたけれども、愛知県では当初から構想圏と医療圏というのは同じがいいという考えでございました。愛知県でも当初から医療圏をもう2回変えているのですね。地域医療計画が出たときから医療圏というのは2回変えておりますけれども、その後、構想圏という考え方ができて、医療圏を変えたときにも構想圏もそれに一致するというところでやってまいりました。

三重県は今、何回も申し上げておりますけれども、全国で初めての医療圏を2つに分割するというところでやってみえたのですが、それで実際に地域医療構想を進めるに当たって差し障りがないかどうか、それでいいのかなといつも私は気にはしておったのですが、いろいろ話題がありまして、その話をしっかりと聞く場が今までなかったというのが実情でございますので、今日は三重県の医療計画に係る中心的な先生、田辺先生に今日お越しいただいたので、ぜひその辺をお聞きしたいなと思います。今日のレジュメを見てみますと、その辺があまり触れられていないので、もしかして御専門ではないのでこんなことをお聞きするのちょっと失礼かなという気もしないでもありませんけれども、いずれにしろ、医療計画にしっかりと関わっておられる方であることは間違いありませんので、医療

圏と構想圏が2つに割ったことによってどうなったのか、近い将来にはやはり一致させたほうが良いというふうにお考えなのか、その辺を今日はお聞きできるのを楽しみに参ったわけでございますので、無理な質問かもしれませんが、ぜひよろしくお願いを申し上げて会を始めるに当たっての私の御挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願い申し上げます。

【愛知県医師会理事（浦田）】 ありがとうございます。

今日の出席者の御紹介につきましては、時間の都合もございますので、お手元でございます委員名簿と配席図をもって御紹介に代えさせていただきます。

次に、配付資料の御確認をお願い申し上げます。配付資料一覧に載っておりますように、委員会名簿、資料1、「地域医療構想の進め方に関する研修会」報告書、資料2、医療計画と新興感染症対策、そして、別にお配りしておりますA4判2枚でとじました回復期病床整備事業費補助金の補助金基準額の見直しについてでございます。もし不足がございましたらお申し出ください。

本委員会は、各構想区域の取組や課題につきまして情報共有を図り、地域における地域医療構想推進の議論を一層活性化するための会議でございます。率直な御意見、闊達な御発言をお願いしたいと存じます。

今日のこれからの議事の進行は、愛知県地域医療構想アドバイザーでございます伊藤健一先生をお願いいたしますこととします。御異議いかがでしょうか。

それでは、伊藤先生をお願いする前にもう一点御案内がございます。

本日の議事の公開、非公開の取扱いでございます。当委員会は開催要項第6条第1項によりまして、原則公開となっております。全て公開させていただきます。

また、本委員会の議事録につきましては、愛知県のウェブページに後日掲載することにしておりますので、あらかじめ御承知おきをよろしくお願い申し上げます。

それでは、以後の進行を伊藤健一先生をお願い申し上げます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 愛知県の地域医療構想アドバイザーの伊藤でございます。今日はよろしくどうぞお願いいたします。

それでは、早速ですけれども、着座で失礼いたします。

まず、報告事項ですが、同じように地域医療構想アドバイザーと一緒に仕事をさせていただいております廣澤先生から説明をよろしくお願いいたします。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（廣澤）】 愛知県地域医療構想アドバイザーの廣澤です。

資料1を御覧ください。

着座にて説明させていただきます。

本事業は、表紙にありますが、愛知県の委託事業として愛知県医師会が受けてさせていただいております。その報告書を作成しましたので、御報告させていただきます。

1ページおめくりいただきまして、本研修会の目的、昨年度も先生方に御参加いただきまして行ったんですけれども、この後、お話もあるとおり、令和6年3月に策定予定の第8次医療計画で、いわゆる5疾病・5事業にプラスされて、新興感染症拡大時の医療体制の構築について医療計画に書くことになりまして、昨年の研修会では、そこについて各二次医療圏構想区域の先生方、また、行政関係者の代表の方々でお話しいただいて、報告書も作成させていただきました。

そして、今年度は、さらに医療計画、5疾病・5事業ということで、新興感染症に限らず、ほかのテーマでも議論を、対話を進めていきたいということでテーマを選んで、今回は各医療圏でテーマを選んでいただきまして、昨年度と同じく医療関係者、行政関係者の方々に集まっていただいて対話をしていただき、次の医療計画の実効性が上がるように、充実したもとなるような助けとなることを目的として開催させていただきました。3回に分けて開催させていただきました、名古屋・尾張地域は2回、三河の先生方は3回目、豊橋に集まっていただいてさせていただきました。

対話の方法は、そこに書いてありますとおり、一般社団法人会議ファシリテーター普及協会が開発した日本型ファシリテーションの方法を用いて行いました。具体的には右の写真、2ページ目を御覧いただきまして、写真で説明させていただきます。

浦田先生、伊藤先生、私の説明の後、最初に、まず各それぞれのグループで医療計画を見たことが意外とあったりなかったりすることもあるので、当該選んでいただいたテーマ、各二次医療圏の県全体の計画と、あとは二次医療圏の災害の医療なら災害医療の第7次の現在の医療計画でどう書いてあるかを10分ぐらいの短い時間だったんですけれども、保健所の方を中心にいただきまして読み合わせを、現状どうなっているのかを把握していただきました。

その後、左下に行ってくださいまして、まず、それぞれ見て、医療計画や現状の医療圏

の当該医療についての意見を書いていただきました。ここがポイントで、いきなり話し出すと、思いつきで話したりして議論が深まらないことがありますので、ここはファシリテーションのテクニックとして、まず書いていただく。皆さんそれぞれ静かに10分ぐらいかけて意見を全部書いていただくというのを1つテクニックとして、方法としてやりました。

その右、その後、出てきた意見を全部ホワイトボードに書き出すというのを目的にしました。いきなり話し出すと数も限られてきたりするんですけども、しっかり各個人が考えていただいたアイデアを全部出すということで、この後、報告書にありますが、たくさんの意見を出していただくことができました。そして、その意見を見ながら話し合っていく中でさらに議論が深まって、こういうアイデアもあるんじゃないかということが、議論が発展していくということが1つファシリテーションの方法として用いました。

あと、全体の中で各グループの対話の成果を御発表いただきました。具体的に少しだけ紹介させていただきたいと思います。

まず、5ページ目を御覧ください。

第1回目、まず、参加いただいた先生方と、あと選んでいただいたテーマを記載しております。

まず5ページ目、グループ1から3は名古屋・尾張中部医療圏の先生方にお集まりいただきまして、災害医療と脳卒中とがん医療、3つのテーマでそれぞれ5人ずつぐらいでお話しいただきました。

同じくグループ4とグループ5は海部医療圏の先生方で、救急医療とがん医療を選んでいただきまして、それぞれ御議論いただきました。

それから、尾張東部医療圏はグループ6とグループ7で、救急医療と災害医療をテーマに対話していただきました。

8ページ目を御覧ください。

全部この形式で記録してあるんですけども、まず、グループ1の名古屋・尾張中部医療圏の災害医療をテーマにお話しいただいた先生方のホワイトボードに書いてあるものを読める範囲で書き出しました。

まず、その医療圏の災害医療の中でうまくいっていることと強み、あとは今後改善が望まれること、弱みというのをテーマに二軸に分けて、かつ今の医療計画に書いてある

ことと書いていないことという4象限に分けて、もともと皆さんお手元にご書いていただいた末にホワイトボードに書き出すという方法で意見を整理しました。

一応上に書いてあるのは本研修会の意見というのはまず、そこに集まっていた5人の方の意見で、今後本当にそれが二次医療圏の全体の意見なのかどうかというのは少し注意が必要で、さらに議論を進めていただく必要があるということで、注意書きをさせていただいておりますが、ただ、すごく貴重な御意見をたくさん出していただいております、今後の議論のヒントになることは間違いないんじゃないかと思えます。

それから、少しページをおめくりいただきまして、次、17ページ、同じく、第2回目で尾張西部医療圏の先生方には、災害医療と今回は在宅医療をテーマに、5疾病・5事業プラス在宅がテーマでして、在宅医療を御議論いただきました。

尾張北部医療圏の先生方も2グループで、脳卒中とがん、知多半島医療圏も救急医療と在宅医療をテーマにお話しいただきました。

それから、三河は最後ですね。27ページを御覧いただきまして、三河の会では、西三河北部医療圏は1グループで救急医療をテーマに御議論いただきました。

西三河南部東医療圏は救急医療、西三河南部西は2グループで、がん医療と救急医療、それから東三河北部の先生方は僻地医療で、東三河南部は糖尿病と救急医療という、それぞれ選んでいただいて、バラエティーに富んですごく貴重な御意見をいただきまして、先ほど申し上げたとおり、お話しいただいた成果は全体の中でも御紹介いただいておりますし、この報告書にも書かせていただいております。

少しずついただいた御意見の中で幾つか紹介させていただきますと、全体の中で感想とかを御紹介させていただきますと、まず、こういう会議で、現状医療について話すと、結構人が足りないとか物が足りないとかお金が足りないとか、ネガティブなことが出がちなんですけれども、強みを考えてみましょうというふうにすると、結構ここはきちんとできているんだと、自分たちの医療圏の強みで、まさにそこをしっかりと伸ばして提供していくと、患者さん、住民の皆さんにいいんじゃないかということが発見できたという御意見もいただきました。

それから、もちろん県全体でやっている事業を取り組んでいる事業もたくさんあるんですけれども、自治体独自で取り組んでいる事業も結構あって、例えば、30ページ、豊田市さんの子育て1-9サンコールというのは、お母さんたちが心配なときに電話して問合

せができると。それによって病院への直接の救急依頼の電話が減っているとか、その辺のいい事業を自分たちでも気づくことができていると見直して、さらにそこを続けていったほうがいいのかどうかという御議論ができるというのもここでも出していただいておりますし、例えば、次の西尾では、32ページになるんですけども、それは強みの中で、医療計画に記載がないことなんですけど、西尾市の小学校で医師会の先生たちが出向いて行ってがんの授業をやっているとか、地域の取組が見直されているとか、それは大事で引き続きやっていったほうがいいのかという御意見、あと糖尿病、35ページ、東三河南部医療圏、糖尿病の中で昔から地域の先生方、これも医療計画には記載ないんですけど、なしという項目に入っているんですけど、勉強会をやっていただいている、そこでの情報交換で、最新の医療を地域全体で勉強できるということで、これもすごく地域の糖尿病の医療の取組としてすごくいいことだということを御意見いただいております、こういったことを再発見できて、医療計画に書くのか、書かないのか、伸ばしていくのか、伸ばしていかないのかというところの御議論もしていただいたということとっております。

これで、来年度はさらに医療計画策定イヤーですので、また地域の対話を深めていただいて、ただ、先ほど申し上げたとおり、5人の先生方で話していただいている、現実はその地域の推進委員会は15から20人ぐらいの規模ですので、そこでお話をどのように発展させていただくのかということと、あと1つ御意見いただいたのは、医師会長の先生とか病院長の先生も必ずしもその御専門じゃないときがありますので、例えば、その地域の救急医療について話すときにはゲストで大きい病院の救急医療の専門の先生とか、責任者の先生に来ていただいたりとか、もちろん糖尿病がテーマの場合は、開業医の先生の中でも必ずしも医師会長の先生が糖尿病の専門じゃないこともございますので、来ていただいて話す議論が深まるんじゃないかとかという御意見もいただきましたので、その辺も考えながら、また対話のやり方をさらに充実させていけたらいいなと思っております。

私から報告は以上となります。ありがとうございました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。

それでは、今日御講演を賜ります田辺先生の御略歴を御紹介させていただきます。

田辺先生は、現在三重大大学の医学部附属病院中央検査部教授部長で、感染制御部長ということ。2005年に三重大大学を御卒業になって、国立国際医療センターで研修され

て、三重の第一内科、循環器にお帰りになってから、その後は感染のほうに関与された上で、2011年に厚生労働省のほうに出向されまして、最終的に2012年、新型インフルエンザ対策推進室の室長補佐ということで仕事をされました。13年には、三重大学のほうにお帰りになって以後、感染のほうをずっと主にやっておられるということですが、三重県の医療保健部の医療政策総括監もやっておられますので、先ほどの柵木会長の話じゃないですけども、そこら辺も少し触れていただくというか、柵木会長からそちらのほうの主だと言われましたけど、取りあえず、やっぱり感染はまだ大切ですし、実は今回、医療計画の第8次は相当それぞれの計画の統合というとおかしいんですけども、関連性を記載するように言われていますので、当然各5疾病・5事業にコロナを全部かみ込むといえますか、議論するということが求められておりますので、そこら辺も含めて、田辺先生、よろしくどうぞお願いいたします。

【講師（田辺）】 三重大学の田辺と申します。

本日はこのような貴重な発表の機会をいただきまして、ありがとうございます。

また、伊藤先生におかれまして、御丁寧な御紹介いただきまして、ありがとうございます。では、座って失礼いたします。

本日は医療計画と新興感染症対策ということで、少し地域医療構想とは異なるところもあろうかと思いますが、関連する事項でもありますので、私の経験というか、やってきたことで、主に国の資料を、御紹介させていただければと思っております。

先ほど略歴を御紹介していただきましたが、私は、2011年4月に、厚生労働省へ出向しました。1年目の時に担当者をしていただいたのがこちらの医療計画、第6次を国で担当しました。翌年、2012年に新型インフル室に行きまして、ちょうど特措法をつくることで、新型インフルの担当官として、行動計画やガイドラインに関わりました。そのときの上司が、本日いらっしゃっております佐々木局長で、佐々木局長の下で、お仕事をさせていただきました。また、私の隣に今いらっしゃいます廣澤さんは、私と逆回りで、私から新型インフルのバトンを廣澤さんに渡して、廣澤さんは新型インフルのお仕事をされてから医政局に移り、地域医療構想を担当されました。そういったご縁で本日こちらに来させていただきました。

それではまず、私は医療計画の担当者でしたので、医療計画について私の知っているところを御紹介させていただきたいと思います。

先ほど柵木会長から御丁寧に御説明いただきましたとおり、医療計画は、本当に幅広い内容となっております。

(p3) こちらの赤で囲ったところがメインなところで、まず、医療圏の設定、先ほど宿題をいただいた内容で、どのように医療圏を設定していくかというのが医療計画の1つ目のポイントになります。

二次医療圏というのが大事ですが、こちらと関係してくるのが基準病床数になります。基準病床数は法律で決まっているので、ここはなかなか突破できない、アッパーになっています。二次医療圏は、本来こうあるべきというのはあると思いますが、なかなかベッド数の問題で変更しにくいところかと思っております。

次が、地域医療構想になります。こちらもベッド数になりますが、若干違って、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能を見ていくものとなっており、医療圏はどちらかという総ベッド数を見ているというところかと思えます。

右側に行きまして、5疾病・5事業、在宅という個別のものがあり、それ以外に医師確保計画とか、外来医療計画というのも入ってきており、非常に幅広い内容となっております。

(p4) こちらが全体像になりまして、恐らく3月末か、あるいは4月にずれ込んでしまうかも分かりませんが、国から基本指針が告示として出され、その下に総論的な内容の局長通知、さらに課長通知にて、5疾病・5事業（今回5疾病・6事業になりますが）、在宅に関して通知するという、かなりのボリュームのものが出されてくると思えます。

右側にその内容が書かれています。5疾病・5事業・在宅、それから地域医療構想もこの中に入っていますし、外来医療計画も入っていますし、医師確保計画も入っていますし、医療安全の話とか、医療圏の設定とか、医師少数区域・多数区域とか、基準病床数など、医療体制のすべてが入っているパッケージが医療計画で、来年度が改定年となっております。

(p5) その経緯がこちらにまとめられています。医療計画というのは医療法に定められているため、大きな変更があるときは医療法が変更されて、その後、医療計画の内容も変わってくることになります。歴史を見ていきますと、昭和23年に医療法が制定されたところから始まってきて、右端の改正内容というところを見ていただきますと、このときは病院の施設基準が決められ、その後、昭和60年頃に二次医療圏ごとの必要病床数などの話

が出てきて、平成4年に特定機能病院、そして平成9年には地域医療支援病院などの話ができきています。

その後、平成12年に療養病床、一般病床が創設され、基準病床といった今にも続く制度が創設されました。近代の医療計画というか、平成18年の第5次医療計画以降が、私たちがイメージしやすい医療計画となっておりますが、4疾病・5事業という、こういった新しい概念が出てきたのが平成18年の第5次になります。

その次の平成23年（こちらが、私が厚労省で担当させていただいたものなのですが）、精神と在宅が加わり、5疾病・5事業・在宅となったのが第6次の医療計画になります。このときPDCAサイクルを回していくことを前面に押し出した改定になりました。

その後は、地域医療構想、そして外来医療計画や医師確保計画が加わり、これらを全部混ぜ込んだ第7次医療計画が現行の医療計画ということになります。

そして、今年度末に国から指針が発出されて、来年1年間かけて都道府県において検討していくのが第8次医療計画になります。今回の目玉は新興感染症が事業に入るところかと思います。

(p6) 医療計画において、まず大事になるのが医療圏の設定になります。右側にあります三次医療圏、これは北海道を除く46の都道府県と、北海道だけは広いため6医療圏となっておりますが、例えば広範囲熱傷などは、二次医療圏ではなく、都道府県単位で、大学病院などの規模の大きな病院で診る形が良いということで、三次医療圏というのは、高度な医療や、稀な医療を行う地域単位となっております。

左側の二次医療圏というのは、一般の入院医療を提供する区域ということになります。これは以前から変わっておらず、私が担当官のときに、二次医療圏を何とかするように言われ、ずっと悩んで、何度もこの文章を読んだ記憶があります。一般入院を行うのに適した地域を定めると。それには、やはり地理的な条件や日常生活、交通事情、様々なものを考えて二次医療圏を設定すべきということで、現在335の医療圏になっています。

(p7) 私が担当していたときもそうでしたが、二次医療圏は、非常に幅があります。このグラフの100万人以上、名古屋も該当すると思いますが、こういった地域が全国に20以上あるということになります。

右側の地図を見ていただきますと、青いところが人口の多い地域で、都市部、札幌、仙台、あるいは東京周辺、そして名古屋、京都、大阪。それから広島、あるいは福岡といっ

た、都市部に人口の多い医療圏があります。一方で、別の問題もありまして、こちらの赤で囲ってある人口20万人未満の医療圏が74+87という結構多い数あります。地図の赤く示されたところや、ピンクで示されたところは、人口の少ない医療圏になります。人口10万人ぐらいでは、医療全体を回していくのは難しいですが、そういった区域で医療を考えていかなければならない地域があるということになります。

(p8) 医療圏というのは、入院を考える地域ということで、どのように定義をしたら良いかを考えました。左下の図は私が作ったものになりますが、そのときいろいろデータ分析をしていて、この右側にありますように、流入、流出という視点で、患者さんの施設住所地（どこの医療機関を受診したのか）と、その方の患者住所地（御自宅の住所）を比較することで流入出を計るなど、いろいろ分析していくと、どうも人口の少ないところは患者さんが流出していくことが分かりました。その地域に大きな病院がない場合や、病院があっても高度な医療ができないために隣町に行くと、流出ということになります。大体人口20万人ぐらいを超えると、流入出が大体20%ぐらいで収まるということがわかりました。8割程度の方をその地域で見ることができなくなってくると、その地域で医療を考えるのは難しいと考え、20%という基準を置き、そうすると大体人口20万人がカットオフになります。（私がそのように名づけたわけではないのですが、）後にトリプル20と言われるようになる、20%の流入、20%の流出、20万人といった基準ができました。この基準が次の第7次医療計画のときにも引き継がれた形になっています。

(p9) これが現在の医療計画に書かれている二次医療圏の考え方になります。まず、人口の要素として20万人未満であると、なかなかその地域だけで入院医療をやっていくのは難しいということになります。それでも、地域によっては大きな病院があるところあるため、20万人未満でかつ患者さんが20%以上流出していったら、そして20%も患者さんが入ってこない、つまり患者さんが出て行くだけで、人口の少ないところは、その地域だけで医療を考えるのは難しいため設定を見直したほうが良いのではないかとということが書かれているということになります。

先ほど柵木会長からもおっしゃっていただいた内容になりますが、地域医療構想との関係では、医療計画の二次医療圏と構想区域は合わせた方が良いということが記載されています。これを満たしていないのは全国で三重県のみということになっています。

下のほうに書かれている内容になりますが、ちょっと強気に書かれているのが、設定を

変更しない場合についてです。行政の立場でいうと、分かってはいるけれど、なかなか地域の合意が得られなくて、変えられないということがあります。そのような場合は、なぜ変更しないのか、その考え方を書いてください、ということも通知に書かれています。

(p10) 第7次医療計画のときに、どの程度、医療圏が変わったかという、6県で見直しが行われて、335の医療圏になったということになります。一つ目の○に記載されていますように、人口20万人未満で、流出が多く流入が少ない医療圏は実は78もあるが、なかなか見直されていないというのが現状になっています。

(p11) そのような中、国から見ると理想的な医療圏の変更をした香川県の例というのが示されています。例えば、大川と高松医療圏ですと、人口が大川のほうは8.3万人と少なく、こういった地域はやはり流出が多く、40%の方が流出しているので、隣り合う医療圏と一緒にすることになりました。もう一つ、西部のほうも一緒にしましょうということで、少し広域になりますが、広域の中で医療を考えていく発想になったということになります。

(p12) 第8次医療計画検討会の資料を見ていますと、医療圏の話が議論に上がっていました。国の担当者から従来どおりトリプル20でいくといった話があると、それは昔のデータで作った基準であり、新しいデータで見みなさいといった議論がありまして、その後の検討会で追加の資料が出ていました。結果、左側が平成29年の患者調査、右側が令和2年の患者調査になりますが、(それほど見直されていないため)あまり変わっておらず、人口の少ないところは患者さんが流出していく一方、流入が多くない、という傾向があるため、恐らくこれはそのまま引き継がれるかと思っています。

(p13) そういった中、三重県だけが少し特異な動きをしています。国の検討会の資料としても出されておりますし、2019年(ちょうどコロナが始まる年)に、私は三重県の医療政策総括監となり、県庁の中で、こういった仕事に携わったのですが、そのときも厚労省からは、なぜ三重県だけがこんなことをやっているのだということは言われておりました。当然、私たち県庁の者も、一致していないことは理解しているのですが、三重県の中いると、これはこれでも良いのかというところが正直あります。三重県は二次医療圏がちょっと広めになっています。どちらかという国で定めた幅広の医療圏になっていて、人口180万人弱で、3つぐらいの地域、“北勢”“中勢”“南勢”に大きく分けて、“東紀州”という過疎地域を含めて4つの医療圏になっています。

右図に構想区域が載っていますが、東紀州は医療圏がそのまま構想区域となり、北勢が3つに分かれ、中勢が2つ、南勢が2つに分かれた8つの構想区域になっています。これがどういった地域かという、大体、保健所単位になります。郡市医師会はもう少し数が多くて、幾つかの構想区域には複数の医師会が入っています。三重県は少し特異な都市構造をしていまして、北は、名古屋に近いところから始まって伊勢湾岸沿いに人口20万人程度の市が続く形になっています。桑員の桑にあたる桑名市、続いて四日市市、鈴鹿市、津市、松阪市、伊勢市といった近鉄沿線と国道23号線に沿って都市が続く構造になっています。大きな病院は少なく、隣まちには行きやすい状況になっています。医療は、桑員地区ですと桑名に集まる、三泗地区は、菰野町という少し山側（僻地側）を海側がサポートするような形で三泗区域を構成しています。鈴亀は鈴鹿市と亀山市で構成され、医師会は別ですが、保健所は鈴鹿保健所の管轄となっており、三重県は基本的に構想地域で大体の医療は成り立っているのかなと思います。ただ、この構想区域を二次医療圏にしてみると、先ほどの人口+トリプル20に結構引っかかって、多くが流出という形になるのではないかなと思っています。

私が二次医療圏の分析を行っていたときもそうですが、検討を進めていくと、藩のレベルに戻るといふか、江戸時代ぐらいに戻ってしまうのですが、どこの県でも、昔ながらの人の流れがあります。三重県ですと、伊勢の国と伊賀の国は、やっぱり違います。県内では一定、伊賀地域を津地域がサポートするのですが、奈良の方に患者が流れて、天理よろず病院などがサポートしているというのが現状になっています。

南の方の東紀州は、松阪と伊勢がサポートしているのですが、この地域には、北の尾鷲病院と南の紀南病院の2つしか総合病院がありません。紀南病院ですと和歌山県の新宮市が近く、そちらの病院が大きいので、新宮がサポートする形になっています。

医療政策総括監をしていた際、各構想区域の会議に参加しましたが、構想区域単位でも10程度の病院があって、そこで議論していくので、議論はしやすかったと思っています。構想区域の数が多いので、全部の区域を回るのは県庁の立場としては大変でしたが、三重県ではこのような地域単位で議論をしていたということになります。この構想区域は私が総括監になったときには、出来上がっていたので、地域医療構想についてはこの地域単位で検討したのですが、2020年に新型コロナが発生し、コロナの入院病床を考えるとときには、どのようしようかという話になりました。二次医療圏単位で考えると、東紀州だ

けでは対応できません。私たちの中では、大きく北勢、中勢と、南勢・東紀州のセットで3つの地域になっています。基幹となる病院がそれぞれの地域にありまして、北勢ですと市立四日市と県立総合が大きく、中勢ですと三重大病院、南勢ですと伊勢の日赤病院が中核的な病院になり、東紀州は南勢地区がサポートしてくださいという形になります。

コロナの病床を考えると、北勢医療圏ですと、桑員区域であれば、桑員としてどういうプランを立てるか、三泗なら三泗、鈴亀なら鈴亀で考えていって、集まる時は北勢医療圏全部集めて検討しました。感染症病床が桑名と鈴鹿にはないため、四日市に集めなければならず、そのようななかで考えたりしました。中勢医療圏については、今までですと伊賀の患者さんは奈良に流れていたのが、コロナになったら奈良に流れず、津側でサポートしなければならなくなったので、伊賀区域と津区域で一緒に議論するという形にしました。松阪だけは少し特殊で、3病院で輪番制を組んでいて、この地域は地域内で完結できているので、松阪は松阪で考えていただいて、東紀州を伊勢で補うという形で検討しました。

では、どうすれば良いのかということになるのですが、二次医療圏は病床の全体の規制をしている一方で、地域医療構想は4機能分類で考えるものであり、法的な規制の観点でいくと基準病床のほうが重たくなります。二次医療圏を構想区域に変更する場合、基準病床のところ跳到、ある医療圏では病床を増やすことが可能になるなど、影響は大きいと思います。そのため、このままいくのか、(後で出てくるのですが)もし変えるのであれば構想区域を大きくして、中で分割して議論する形になるかと思います。ということで、少し三重県のお話させていただきました。

(p14) 三重県の場合はそれほど構想区域が大きいわけではないのですが、中には人口100万人以上といった人口の多い区域があり、そういったところは、名古屋などもそうだと思いますが、ベッド数というか病院数が多くて、一堂に集まってもなかなか議論できないという話があります。そのような地域では、全国的にも構想区域の中で地域を分けて分割して議論しているということであり、そういった意味では三重県もやっていることは近いのかと思います。結局は、どういったラベリングするかという話かと思っています。ただ、やはり人口100万人規模で高度急性期や急性期をどのように分配していくかを議論するのは難しいのかと思います。

(p15) 医療圏に関する論点として、今後、第8次医療計画に向かっていく中で、二次医

療圏を見直す基準は従来どおりということになっています。5疾病・5事業・在宅、例えば在宅や救急の医療圏については、やはり小さくなってくると思います。一方、周産期などは基幹病院に集めなければならず医療圏が大きくなったりするなど、5疾病・5事業の中でも医療圏は若干変わってくるため、弾力的にということになるかと思います。コロナのような新興感染症も恐らく二次医療圏どおりにはいかない可能性があるため、地域の実情に応じて各都道府県で考えたら良いかと思います。

あと、二次医療圏と構想区域は国の考え方としては、基本的に一致させるべきなので、三重県についても、どちらかに一致させた上で分割して協議する、こちらが国の出している方向性ということになります。

また、改定年には、ほかの計画もいろいろ動いているため、医師確保計画とか外来医療計画とかとの関連、保健所所管区域や老人福祉圏域なども関連性があるため、他の計画なども見ながら考えていく必要があるということになっています。

(p16) 5疾病・5事業・在宅というところで御紹介させていただきますが、「疾病」というのは一応定義が決まっていて、「広範囲かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病」ということが法律で定められており、今のところは、がん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病・精神を5疾病として、特出しして検討しているということになります。

「事業」は「疾病」とは少し毛並みが違っていて、政策的に推進すべき医療ということで、救急・災害・僻地・周産期・小児があり、ここに新興感染症が入って6事業になるということになります。

在宅については、ちょうど私が担当しているときに医療計画に入ってきたのですが、感じとしては事業っぽい、事業とも少し違うところもあるということで、5疾病・6事業・在宅ということで別の枠組みで位置づけられているということになります。

(p17) 5疾病・5事業、在宅を考える上で、6年という計画の中でPDCAサイクルを回しましょうということになっています。来年度計画を立てるときには、まず現状を把握するため、それぞれの都道府県で今どういった医療の状況になっているのか様々な数値を見ることになります。それから圏域が、現状で良いのかどうかをまず見た上で、その圏域の中で医療機関同士の連携を考える。例えば、この医療圏で、5疾病のがんであれば、がんの何が課題であるか、課題を抽出し、それをどのように変えていくのかという数値目標を立てる。それに対して行政側が施策を打って、それで良くなったかを見ていくというP

DCAサイクルを回しましょうという形になっています。6年という少し長いので、中間年の3年で進捗を確認するといったつくり込みになっています。

(p18-19) これは、1つの例として国が出しているイメージなのですが、例えば周産期医療ということであれば、この例ですと5つの医療圏があり、赤字の総合周産母子医療センターはここにある、青の地域周産期母子医療センターはここにあるといったことを地図で示します。また表形式にして、周産期の医療の協議会などを開催して、地域医療構想との関係性も考えた上で施策（周産期医療体制整備事業）として、例えば周産期医療圏、Cに医療センターの整備を行うなどの施策を打つということになります。あとはストラクチャーという構造的なもの、プロセスという過程、それからアウトカムという形で、こういった目標がどうなっていたかを見るということになります。

(p20) このPDCAサイクルを回すために、指標をストラクチャー、プロセス、アウトカムのSPO分類を行い、指標間の関連性も含めて検討していくというのが医療計画になっています。

(p21) 私が医療計画の担当のときに、このような表形式にしました。それまでは文章でしか書いていなくて、読んでも理解していくと思い、表形式にすると見やすいかと考えて作成し、その後、10年来この形が引き継がれています。ストラクチャー、プロセス、アウトカムについて、例えば脳卒中の予防ということであれば、まず禁煙外来、これはもうどこでも行われていると思いますが、禁煙外来を行なっている医療機関があった方が良いでしょうし、プロセスですと、各都道府県の喫煙率とか健康診断の受診率、こういったものをみて、さらにアウトカムについては、脳血管疾患の発生率が指標になっています。また、この表は、右側に時間的な流れを示しています。まず、予防があつて、次に救急搬送などの救護、そして急性期、回復期、維持期といった形で右に時が流れていくような形になっています。例えば救護をみますと、救急搬送された方がいたとして、アウトカムとしては、収容までに要した時間や最終的なアウトカムとして脳血管疾患の年齢調整死亡率などが挙げられます。例えばこういった指標が他の地域より高く、この地域では搬送が遅いことが原因ということであれば搬送をどのようにすると良いか考えましょうといった形で、指標間で数値を見ながら各医療圏の課題を洗っていくというのが医療計画の根本的な考え方かと思っています。

(p22) 様々な指標があつて、各都道府県がこういった指標を用いたかを示した図になり

ます。緑のバーが現状把握に用いた割合、青のバーが実際目標に使った割合を表しています。

(p23) 次に、ロジックモデルというのが最近出てきまして、例えば右側の上からいきますと、分野ごとのアウトカムがあり、脳血管疾患患者の発症数が減少しているというアウトカムに対しては、中間アウトカムとして、危険因子がどの程度改善したかとか、危険因子をもつ患者の割合、さらに左の個別施策に戻っていくと、特定健診の未受診者の話などがあり、各指標はロジカルに絡み合っているため、1つの指標を見るときは、合わせて関連する指標も見ながら検討しましょうといったものが出されてきています。

(p24) こちらが第8次医療計画の取りまとめということで、文章化されているものになります。次の第8次医療計画からは新興感染症への対応に関する事項が追加されるということ、それからロジックモデルを活用するということ、また、今後対象となる可能性がある疾病としてCOPDやCKDが挙げられているが、今回は加えない、ということが書かれていました。

地域医療構想との関係では、医療計画の一部であるということで、今回コロナ対応において、休眠病床が活用されたということがありますが、中長期的な視点で見ると、今後人口が減っていくので、このままいくと共倒れしてしまうため、やはり病床の在り方については考えたほうが良いため、中長期的には変わっていないということになっています。したがって、コロナはありましたが、地域医療構想は着実に進めていくべきだということで、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくということが書かれています。

(p25) では、後半、コロナの話や新興感染症の話をしたと思います。

(p26) こちらは、私が医療政策総括監として県庁にいるときにコロナが発生し、感染症の専門家が偶然、県庁内に医系技監としていて、対策本部の中で活動することになりました。コロナ発生1年後に新聞の取材を受けたときの記事になりますが、1月から始まって、初めはバタバタで、県庁内にいる数人程度の感染症の担当者をサポートしながら対応を始めましたが、2月ぐらいの時点でこれでは、もう駄目ということで15人ぐらいのチームをつくってもらって、私がチームリーダーとなり三重県のコロナ対応を始めました。初めは、クラスター対策グループをつくって、感染管理の看護師さんと一緒に現地に行ったこともありました。他には搬送の調整や宿泊療養施設の確保、病床の確保など様々な対応をしてきました。

地域医療構想というか医療計画の中で、新興感染症対策として重要になるのは、コロナ対応と一般医療をどう分けていくかということになります。これは今でもずっと私自身思っていて、この1年後のときも言っていますが、専用病床をもっと増やせないかという意見はたくさん頂きます。しかし専用病棟を増やしてしまうと一般の医療が駄目になるため、バランスを見なければならぬ、ということは今もあまり変わっていないかと思っています。このときに「いつか夜は明ける」と書いていますが、そこから2年経って、やっと夜が明けてきて良かったと思っています。

(p27) これもどこの都道府県も一緒かと思いますが、私自身が経験してきたことをまとめさせていただいております。初めは数人の班、そこから15人ぐらいになって、その後対策本部ができて50人、100人、100人以上など、どんどん大きくなっていきました。発生当初は、1月の末に対策本部を設置したり相談窓口をつくったり、三重県は比較的1例目が早く1月30日に発生し、プレス対応をしました。この頃、医療機関ではマスクが無くなったため、何とかしてくれっているところからお声をいただいて、県庁にあったマスクを医療機関に放出するといったことを行いました。

その後、第1波（3月から5月）になってくると、国から協議会を作りなさいという通知があり協議会を作り、調整本部を作りなさいと言われ調整本部を作りました。それから検査体制ができていなかったため、検査体制を構築し、入院医療機関を決めて、搬送体制を調整して、宿泊施設を確保して……。ちょうどこのとき4月で人も替わった中で、非常に苦しみながら対応した思い出があります。その後、第2波（夏頃）になると、ある程度体制整備が進んできましたが、クラスターが起こって、クラスター対応をしていく感じでした。秋ぐらいになるとインフルも考えた体制整備をしました。その後、第3波（12月～3月）ぐらいになると、患者さんが多くなってきて、自宅療養班を作るとか、ちょうどワクチンの話ができてきたため、ワクチン班を作ってということで、一通り全部経験してきたかと思っています。

4波以降は三重大学に戻ったため、県庁の立場ではないですが、5波になると、もうキャパオーバーになっていって、DMATが出てくるといった形になっています。

(p28) 今後、6事業目として新興感染症をもう一回考える必要があり、恐らく振出しに戻ると思っています。これが発生当初の3月頃に私が考え、やるべきリストを作ったものです。3月なので、かなり早い時期ではありますが、県庁としてはもう蔓延期の診療体制

を構築していこうと考え、病床確保を依頼する、三次医療圏ごとにやるべき医療を決め、大規模なアウトブレイクが発生した時の支援、いわゆるクラスター班を作り、そして物資の確保、情報共有の在り方を考える、といったように、この後出されてくる内容について、およそ、その頃から考えていたのだと思います。

保健所レベルでの対策会議、これは三重県では構想区域に相当するのですが、ここで対策を考え、帰国者・接触者外来を作って対応していく。それから、医療機関については、それぞれの地域の中での自施設の役割を確認し、各病院の中ではBCPを作って病院の中を回していただく。あとはゾーニングや物資の確保を行う。この他、高齢者施設の相談窓口など、この頃、考えたものは、結局その後どれもやった内容になると思いますが、今後は、こういった内容を計画として書いていくということなるかと思っています。

(p29) 第1波当初、私の中で考えていたもので、国から指針などが出される前に作ったものですが、地域発生早期は感染症病床で見るということで、7医療機関の24床、ここで耐える。ここは、いずれ突破されると思っていたため、各病院を回って、一般病床を開けて準備をしていただくことを依頼しました。そのときに考えたのが地域別の入院調整ルールになります。これを構想区域や二次医療圏を基本とし、地域別の会議を開催し、構想区域ごとにルールを決めました。それ以外に三次医療圏的な発想になりますが、ECMOを診ることができる病院は限られているため、全県的なルールを決めたり、小児と妊産婦さんをどこで受け入れるかについても全県でルールを決めました。ということで、感染症病床プラス一般病床に宿泊療養施設を確保して何とか耐えようということで2波に向かっていったということになります。次は搬送体制になります。これは後でも出てきますが、なかなか難しい分野になります。その他、入院調整本部を作って入院調整を行うといったことを当初決めました。

(p30) 基本的に感染症は行政側（保健所や県庁）が搬送するのですが、重症の方は搬送できないため、消防の力を借りなければならず、その辺のルールも決めなければなりません。そこで、県庁と保健所と消防を入れて、ルールを決めました。

(p31) それから、対策本部の組織図になります。私自身は、この組織図の中をずっと歩いていった感じなのですが、初めは広報的なことや物資のこともやっていて、次に患者情報、それから、医療体制整備を行い、最後に残っていたのがクラスター対策で、私自身がこの班に入って、何か起こったらすぐクラスター現場に駆けつけられるような仕組みをつ

くって対応していたのが8月頃になります。

(p32) 今後、都道府県医療計画の中に、新興感染症が入ってくるわけですが、その方向性が国から示されています。

まず、1つ目の柱として、感染症医療に加え、通常医療の維持が柱としてなっています。想定する感染症は、特措法上の新型インフルエンザ等と呼ばれるもので、新型インフルや再興型インフル、それから、指定感染症でも特措法が動かせるようになったため、指定感染症あるいは新感染症になります。私や廣澤さんが厚労省で担当していたときもそうですが、何らか一定の想定を置かないと、体制整備が進まないため、一定の想定を置いた上で、今回のようにフェーズ分類をして計画を立てていくということになります。

(p33) 計画としては、医療法に基づく医療計画のほかに、後で御紹介しますが、感染症法の中に予防計画があり、こちらとの整合性も取る必要があります。

(p34) 今は県庁と医療機関の間で契約を締結し病床確保をしていますが、病床確保だけでなく様々な協定を締結する仕組みが今回取り入れられることになりました。これから具体的に通知などが出てくると思いますが、①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣、⑥个人防护具の備蓄、こういったものが協定の中に入ってくるようになります。感染状況のフェーズに応じて体制を構築していき、専門人材を確保するというようになります。あとはクラスター対策なども書くということで、こういった計画を立てていくということになります。

意見の取りまとめ、これはかなり文章が長いので抜粋した形で御紹介しますが、こちらのURLに載っておりますので、また御参考にしていただければと思います。今後、6事業目としては、先ほど挙げた新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を対象に考えることとなります。協定と感染症指定医療機関との関係が分かりにくかったのですが、こちらに書いてありまして、当初は感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応することとなります。感染症指定医療機関制度以外に、今後は、協定締結医療機関というのできるようになります。今コロナ対応をしている病院は恐らく県庁と間で協定を締結することとなりますが、これが全国で1,500程度を想定すると書いてあります。このうちの500ぐらいが流行初期に対応するというのも書かれているので、感染症指定医療機関は流行初期医療確保協定を恐らく結ぶことになると思います。また、感染症指定医療機関以外の協定締結医療機関も対応していき、3か月ぐらい経ったら、全ての協定締結医

療機関で対応するというのが病床のイメージになります。

(p35) 今後、この協定を締結していくには、様々難しい面もあろうかと思えます。各医療機関の機能とか役割に応じて内容の協定を締結することになりますが、医療審議会等の意見を聴くプロセスも活用することが書かれています。協定締結する医療機関の目標値はコロナの最大値を目標にする、流行初期の医療確保措置をする医療機関を決める、重症用のベッドも決める、特に配慮が必要な患者、これも切羽詰まって今までやってきたわけですが、これを計画に落とし込んでいくには、なかなか難しいことあろうかと思えます。配慮が必要な患者さんの内訳が書いてありますが、それぞれについて、どの医療機関が診るかを決めていく。疑い患者さんの対応、それから、入院調整については各都道府県、様々工夫しながらやったわけですが、ウェブシステムを構築して対応するとか、あとは地域医療構想の関係。これは先ほど述べたことになりますが、基準病床との関係があります。有事は臨時の医療施設などで良いのですが、平時はやはり基準病床数を守ってくださいということになっています。

(p36) 外来も協定を締結するというので、こちらも同様にコロナ対応の最大値を目標にする、外来も同様に初期から対応するところを決める、診療所の役割なども書かれています。その他、薬局、訪問看護ステーションなどの話や、高齢者施設の医療支援なども書かれています。後方支援の確保も難しいですが、急性期の病院は感染症の方を入院させる必要があるため、感染症以外の方を受け入れる病院を決めたり、感染症発症後ある程度回復した方を受け入れるなどで、目詰まりをなくすような協定を結ぶことや、人の派遣も様々やったわけですが、これについても協定の中でやっていくということになります。

圏域設定の考え方については、二次医療圏が基本となりますが、それにこだわらなくても良いということが書かれています。

(p37) こちらが指標イメージになります。若干変わるかと思えますが、ストラクチャー、プロセス、アウトカム別に、数字で取れるものが挙げられています。都道府県が計画を立てるときには、こういった数字をみながら議論していくのが来年の予定になっています。

(p38) もう一つ御紹介したいのが、感染症法の話になります。よく似た話ではありませんが、法律が違うということになります。

(p39) 感染症法の中に、国は基本指針、都道府県は予防計画を定めるように書かれています。左側の国の基本指針は1から12の項目が現行で書かれており、都道府県版は3

つの項目しかないというのが現状になっています。

(p40) 今回のコロナの対応を受けまして、基本指針を抜本的に見直そうことになりました。これから出てくると思いますが、右側が旧で1から12の項目、左側が新で19と項目が増えています。どういった項目が増えているかという、7番に「患者の移送のための体制の確保」があり、今まで計画に書かれていなかったことを書いていくこととなります。それから9番、なかなか難しいですが、目標値を設定していくということが書かれています。10番が「宿泊施設の確保」、これも感染症法に載ってきたため、計画に書くこととなります。それから「外出自粛者、いわゆる自宅療養者のサポート」、その次が「総合調整」といまして、例えば大阪とか沖縄で患者が増え苦しいときに、人を派遣することについて都道府県間で調整したり、厚生労働大臣が調整できるようになることが書かれています。その他、「感染対策物資の確保」のことが書かれています。それから、今回保健所が非常に大変だったため、「保健所体制の確保」というのも項目として上がっています。

(p41) この基本指針が出されると、次は、都道府県が予防計画を定めることとなります。こちらはかなり項目が増えていまして、旧が3項目しかなかったのが12項目、これは先ほどと重複する内容になりますが、こういった内容を今度、都道府県は書いていかなければならず、来年度は予防計画と医療計画の2つが動いていくということとなります。

(p42) この中で難しいのが数値目標の項目となります。医療提供体制にしても病床数をどれだけ確保するのか、発熱外来数を幾つにするのか、療養者に医療を提供する目標値をどうするのか、後方支援する医療機関数や派遣可能な医療人材数、なかなかこういうのを計画に書けと言われても難しいと思いますが、これを定めていくこととなります。それから、次の感染症対応を担う医療人材の養成ということで、研修会の回数や、保健所の応援体制、こういったものを数値化していくこととなります。ほかにも検査体制などもあります。これらを来年度に検討する必要があるため、引き続きこういった会で御議論いただければと思っております。以上、情報提供になりました。どうも御清聴ありがとうございました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 田辺先生、どうもありがとうございました。

前半は医療圏の話、それから後半は感染症の今後の方向性ということでお話をいただい

たんですけれども、せっかくの機会ですので、どなたか御質問、いかがでしょうか。

【トヨタ記念病院病院長（岩瀬）】 トヨタ記念病院の岩瀬です。どうもありがとうございました。

私が聞きたかったのは、保健所の方もマンパワーが少ないので大変だと思いますが、中核都市の保健所と、例えば愛知県との兼ね合いがうまくいかない場合があります。例えば、西三河北部医療圏だと中核都市である豊田の保健所があって、それからみよし市は衣浦東部保健所というふうに同じ医療圏でも分かれちゃうんですね。特にコロナ感染のときにその対策がお互い、やっぱりマンパワーが少ないので、うまく連携が迅速になかなか難しいところがあったんです。三重県ですと、津とか四日市というのはやっぱり中核都市でありそれぞれ保健所があるのでしょうか。

【講師（田辺）】 御質問ありがとうございます。

三重県はちょっと特殊でして、四日市市しか保健所設置市になっていなくて、ほとんどが県型なんですよね。なので、ちょっと愛知県と事情が、例えば名古屋市とか非常に大きな都市があるわけではないので、基本的に県庁側でいろんなことを決めると四日市市は一緒にやりましょうみたいな感じでやっていて、津が県庁所在地で多分保健所設置市じゃないところってほとんどないと思うんですけど、津ももう県型なので、要は県庁が皆、僕は外から行ったんですけど、県庁の中の人だと同僚というか、県庁で勤めていたらあるときは保健所に勤めているので、何かあれば県庁のスタッフをすぐ保健所に派遣してやって四日市市にもサポートということが入ったりという形でやっていたので、大都市側と我々のような田舎の県ではちょっと事情が違うのかなとは思いますが。

【トヨタ記念病院病院長（岩瀬）】 どうもありがとうございました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

ほかにどうでしょうか。

確かに保健所機能の問題は、随分前から問題にはなっていて、今回のコロナでその問題が露呈したような感じは受けていますので、今の岩瀬先生の御指摘のように愛知県は結構大変だったという記憶があります。

いかがでしょうか。

柵木先生、三重県の話は何か御質問ありますか。

【愛知県医師会会長（柵木）】 結局、構想圏とそれから医療圏とが、医療圏の中に構

想圏があるという格好ですので、そういう点では意思疎通だとか、あるいは問題はないのですが、医療圏の下には医療福祉の連絡協議会と、それから地域医療構想の連絡協議会があるのですが、三重県も同じように、8つの構想圏のそれぞれの下に構想圏の調整委員会があって、それから医療圏の下には4つ、場合によってしかないというふうに考えたほうがいいのですか。どうなのでしょう。

【講師（田辺）】 御質問ありがとうございます。

13ページのところなんですけど、私たちにとってもうこの構想区域の医療についてはこの8個より小さいのが多分ないので、ほぼ保健所の管内と一緒にすし、この中、これ以上さらに細分化することはあまりないかなと思っていて、それを集約した医療圏のほうがあんまり強固な連携じゃないというか、構想区域のほうが現実的な顔の見える関係なのかなと思っています。

【愛知県医師会会長（柵木）】 今は病床が例えばそこで廃止になったり、あるいはどこどこが合併するというようなことが医療圏の中である場合と細分化された構想圏の中である場合と構想圏の中である場合はいいのでしょうか、医療圏をまたいでということになると、どのような協議をされるのかなという感じがしますが、いかがでしょうか。そんな事例はないといえばそうなのかもしれない。

【講師（田辺）】 ありがとうございます。

まず、今だと、もう病床を増やしたり、増やすってあんまりないか分からないですけど、減らす中ではもう構想区域の調整会議で決めているので、多分三重県も二次医療圏で考えると多分ベッドを増やせないと思うんですね。でも、構想区域に分けちゃうと実は増やせるところも若干あるのかも分かりませんが、構想区域の中で出てきた数字というのはある程度例えば何床増やすとか減らすとかあったときに、県庁の人は裏で二次医療圏のカウントもしていて問題がないかどうかをチェックしているんですけども、今のところでこれを超えて何かベッドの出し入れが基本的には多分起こっていないので、構想区域の中で考えることで今のところ整合性は取れているのかなとは思っています。

【愛知県医師会会長（柵木）】 そういうところで構想圏の中、あるいは医療圏の中で問題になるというケースはあまりないと。今まで地域医療構想というものができてからあまりないということですね。

【講師（田辺）】 そうですね。今も例えば同じグループの中で2つの病院で建て替え

るときに、あるベッドを移すとかもあるんですけど、これが多分先生おっしゃられたときに、違う地域にあるときにプラスマイナスとかあるんですけど、私が関わっていたときにはそういうのはなくて、たまたま同じ地域だったのでよかったんですけど、もしそれが越えてくると、構想区域を越えて多分一方のほうで意見が出たときにもう一個のほうの構想区域の会議のほうに諮るとか、そういったプロセスになるのかなと思います。

【愛知県医師会会長（柵木）】　　という、今のところではあまり分割したことによる弊害みたいなものはほとんど出ていないと。そうすると、第8次医療計画でも同じような4医療圏8構想圏という格好で今後もやっていかれると、こういうふうに考えてよろしいでしょうか。

【講師（田辺）】　　この前担当の者と、県庁の人としゃべったんですけど、もう僕自身は担当官じゃないので決める立場にはないんですけど、恐らくなかなかこれは様々な関係があるので簡単に変えれないので、恐らく今回のこの1年ではそのままいくんじゃないかなと思っていますけれども、ただ、やはり県庁の中でもこれは厚労省からも言われていますし、何とかしなきゃいけないねという問題はあるんですけど、すぐには解決が難しいのかなと感じています。

【愛知県医師会会長（柵木）】　　どうもありがとうございました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】　　ありがとうございました。

僕が思うに、線引きしてしまっただけで患者さんが動けないのが一番かわいそうだということなので、そこら辺の関係性がちゃんと保たれる形であれば、構想区域だろうと圏域区域だろうとあんまり関係ないというのは僕は思っているんですけどね。そんなふうでいいですか。

【講師（田辺）】　　基本的にはあるべき姿で議論をしたらいいんですけど、県庁なりの方が多分裏で法律上ちゃんと満たしているかというのを確認しているので、二次医療圏のほうですと基準病床数で、構想区域のほうだと目標値みたいなのが設定されるので、それに合っているかどうかをチェックだけしていけば、現場の先生方の議論の中ではあるべき姿で議論していただいたらいいのかなと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】　　ありがとうございました。

今度の第8次医療計画は、先ほど田辺先生からお話があったように、ロジックモデルという訳の分からないというか、僕も経験したことがないような話をしなきゃいけないので、

勉強しながらやろうと思っていますし、何せ数値が国から出てくれば、それにこしたことはないんですけども、県でつくれと言われると絶対無理ですよという感じはしますけど、そんな感じでいいですか。

【講師（田辺）】　　なので、厚労省もなかなかもう多分数値を出せないで、もうコロナの最大値を目標にしましょうみたいな書きぶりが今のところ多いですね。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】　　ありがとうございました。

この議論をし出すときりがなくなってしまうので、ここで田辺先生の御講演を終わりたいと思います。いま一度、田辺先生に拍手をお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。（拍手）

それでは、報告事項というか各構想区域における地域医療の現状についてということで、例年どおりの話になりますけれども、まず、所定でまた名古屋市のほうからよろしいですか。

服部先生、お願いいたします。

【名古屋市医師会会長（服部）】

分かりました。

名古屋では、今年度2回、地域医療構想推進委員会を対面で開くことができました。第1回は非稼働病床を要する医療機関に意見聴取するというので、6医療機関中4病院は病床削減予定でしたが、病床維持の必要性があるとした2病院に意見聴取し、委員会で認めて医療体制部会に報告いたしました。2病院とも看護師不足が原因ですが、特徴的だったのは、外国人の看護師さんが3人正看、4人准看に合格したのでその人たちを育成して稼働させるという意見が出ていました。

それから、各医療機関のプランは、熱田区の病院が老朽化し中区の病院に合併する形で急性期、回復期そのままの病床数を足すというプランがございました。これは名古屋が1つの医療圏で広いので、大きな問題にはならず、各区域の会議で認められたということで承認されました。

それからもう一点、この地域医療構想推進委員会に開設者を変更する医療機関を把握した場合には協議するということとなり、今回個人の開業の先生が法人化したケースが議題にあがってきたので、今後は個人の診療所の法人化の場合は地域に与える影響が大きいわけではないので協議は必要ないという取扱いにするという議論がおこなわれました。

それから、第2回は、愛知県のがんセンターが、16床のHCUを8床のICUにということで高度急性期の病床減のプランが認められたのと、地域包括ケア病棟を2つ持っている病院が40床の1病棟分を回復期リハに再編するというプランが認められました。

名古屋は4つの区域に分けて、病院が自主的な協議体を維持されており、そこでよく話し合われた上で名古屋・尾張中部圏域の構想区域の会議に出てくるので、会議がスムーズに進んでいるという印象を持ちました。

あと、名古屋市立大学医学部附属東部・西部医療センターのプランの議題の中で附属病院の間のベッドの移動はあり得るかという質問が出ましたが、現時点ではそのような動きは把握していないとの回答でした。大学化して医師の数が増えたのかという質問には、東部は30名ほど医師が増えて、西部もシニアレジデントが増えたという回答があり、これに対して委員から、大学病院は医師の派遣機能も担っているわけですので、地域を見据えた上での医師の増員も考えていただきたいという意見が出ました。

あとは外来医療計画、名古屋は唯一の外来医師多数区域であり、いろいろ問題がでてきています。例えば「時間を確保することが難しい」なんていうのは不足する医療機能を担えない理由として許されるのかとか、最初は学校医をやると届け出たのに区会長が依頼したら断ったというようなケースは遡って公表できないのか、もしそういうことが認められたら骨抜きになってしまうのではないかという話も出ました。これは協議するということができたが、この会議の中では県としては遡っての公表は難しいという意見があったと思いますが。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 県のほうから答えられますか。

【愛知県保健医療局医療計画課課長補佐（福島）】 その辺りは自主的な取組なものですから公表は難しいと国のほうから聞いております。

【名古屋市医師会会長（服部）】 実際に地区の先生から、本当にこれで実効性が保たれるのかという声がでています。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ただ、外来機能報告は、あれって毎年ですかね。だから毎年なので、そのときに出てきたときに機能を持たないということでも

た協議の対象ということでもいいですか。1回それを出したらもう終わりということではないというふうに僕は理解したんですけれども。

【名古屋市医師会会長（服部）】 外来機能計画は新規開業の時だと思うので。

【愛知県保健医療局医療計画課課長補佐（福島）】 新規開業のときに出していただくものです。

【名古屋市医師会会長（服部）】 後は更新されないですよ。

【愛知県保健医療局医療計画課課長補佐（福島）】 ホームページに載せていますので、その辺も含めまして、一度今後検討したいと思います。ただ、無理に何か公表するとか、そういうことは今のところ難しいものですから、御了承いただきたいと思います。

【名古屋市医師会会長（服部）】 無理にという必要はないですが、実効性の担保ということで今後の課題として捉えていただければと思っています。

名古屋・尾張中部としては以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。

【名古屋市医師会会長（服部）】 柵木先生のほうから何か追加、よろしいですか。

【愛知県医師会会長（柵木）】 それは何、学校医だけなのか、それとも例えば休日診療所の執務だとか、あるいは産業医も同じような。

【名古屋市医師会会長（服部）】 たまたま今回出てきたのは学校医の件ですけど、ほかのこともそのときはやると言っておいて、本当に頼んだときにノーというケースが、このままだとすり抜けてしまうんですね。

【愛知県医師会会長（柵木）】 そうすると、地区の医師会にとって一番大きいのは休日診療所の執務だと思うが、そこを標榜科が何科なら、これは医師会として執務をしていただくように決めるのかどうかということは今のところ大体曖昧ですね。

【名古屋市医師会会長（服部）】 そこはもう本当に曖昧ですね。

【愛知県医師会会長（柵木）】 医師会の裁量というか判断で、ここは産婦人科だから頼んでもしょうがないかなというようなところはあるけど。

【名古屋市医師会会長（服部）】 それは多分医師の数にもよって、医師に余裕のあるところは内科を標榜していないところは出なくていいとしているところもあれば、全部出

てきてもらっているところもあります。

【愛知県医師会会長（柵木）】 外来医療計画が発効したらそれが公表されると。

【名古屋市医師会会長（服部）】 本来は断って、それに従わない場合には公表されるというルールに今はなっているんだけど、そのときはやると言っていて、実際に頼んだらやらないケースが今のままだとすり抜けてしまいます。

【愛知県医師会会長（柵木）】 具体的に公表するというのは、県のホームページかなんかで公表するということになるのか？

【愛知県保健医療局医療計画課課長補佐（福島）】 そうです。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 今の外来機能計画というか機能報告の問題があって、新規については相当今厳しく、例えば地方銀行を入れろとか、それから勉強会もしろとかと国のほうから言われていて、ただ、確かに継続のところの担保がないということはあって、それはもう世代が変わって、例えば70を過ぎてもやれと言われるのかとか、そういう問題もあるので、そこら辺はまた議論を深めていきたいと思ひますし、愛知県全体の医師の成り立ちとして、やっぱりそこら辺は県としてもお考えいただきたいし、県の医師会としてまた議論していただければありがたいと思ひますけれども、そのことでよろしいでしょうか。

【名古屋市医師会会長（服部）】 はい。県としてよろしくお願ひいたします。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

病院のほうからは特にありませんか。

ありがとうございます。

それでは、順番で申し訳ありません、海部の羽賀先生、お願ひします。

【海部医師会会長（羽賀）】 域内にあります市民病院が経営がちょっと不振ですので、その経営強化プランが出されました。5年間で20%程度救急車の受入れとか手術件数を増やすということを目標にして承認されました。

私立の医療法人でリハビリテーションを得意とする病院ですけれども、回復期病床と慢性期病床を有してしまひて、計118床あるのですけれども、全て回復期病床にするというプランが示されて、これも承認されました。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

病院のほうからは、奥村先生は何かよろしいですか。

海部は僕もこの間圏域会議に出させていただいて、なかなか医療資源の問題は相当厳しくなってきたのかなという印象があったので、そこら辺はまた圏域の中でぜひ御議論いただいて、どこの医療機関が何の仕事ができるかということの議論が必要かなというふうにお聞きしましたので、また引き続き御検討いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

それでは、尾張東部の味岡先生、お願いします。

【公立陶生病院病院長（味岡）】 私どものほうでは、東郷町におきまして有床診療所の開設の方がそれ以上続けられないということで変更するというふうな案が出まして、それについて昨年度の6月の会のときには了承されましたのですが、その後、もう一度その問題が開設者のほうから疑義が出て、結局今のところまだ決着がついていないという状況で続けております。

あともう一つ、東郷町におきまして、特にお産の患者さんが域内でお産ができなくて地域から離れたところに行っていらっしゃるときが非常に多いということで、14床の産科の医療機関の開設計画の要望が出されまして、それについて了承されております。

以上でございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

有床診の問題は今後まだ御検討いただく必要があるのかなというふうに思いますし、産婦人科の問題は少子高齢化も含めて、有床診の開設については問題にしないということになっておりますので、どうもありがとうございました。

それでは、尾張西部の一宮の櫻井先生、よろしいでしょうか。お願いいたします。

【一宮市医師会会長（櫻井）】 当地域のほうでは非稼働病床を有する病院の病床の変換とか、それから、病床機能の変更をしたりとか、あとは医療法人が再編を行ってその分病床の編成とか、医療法人間での病床のやり取りとか、いろいろ話が出て全て計画どおりに大体進んでいるように思っております。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

じゃ、病院のほうの先生、伊藤先生、いかがでしょうか。

【総合大雄会病院理事長（伊藤）】 特にありませんけれども、病床機能に関しては人口の変化に伴う予想図に基づいて、ほぼほぼ順調に整備がされているというふうに考えております。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。

では、尾張北部の前田先生、お願いします。

【春日井市医師会会長（前田）】 尾張北部に関しては特に大きな動きはありませんでした。

病床整備計画をほぼ満たしているようで、動きがないという状況で、来年度の変更でまた検討していくという形です。特に動きはありませんでした。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。

成瀬先生、よろしいですか。

【春日井市民病院病院長（成瀬）】 先ほど服部先生がおっしゃいましたけど、名市大のいろんな関連で、当地区の医師が少し引かれるんじゃないかということで、かなり心配しているところがあります。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 大学もやっぱり生き残っていかなくちゃいけないということで、今回の働き方改革を含めて相当変動があると思いますので、我々としてというか、愛知県としてはぜひ地域医療を守っていただくために大学のほうの支援を引き続きお願いしたいということを要望としては挙げていただいていると思いますので、またそれについてもできる限り接触をしたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

それでは、半田の竹内先生、お願いいたします。

【半田市医師会会長（竹内）】 今年度は1回書面開催で1回対面で2回開催をされました。

その中で問題になりましたのが、一応半田市立半田病院と常滑市民病院が今後統合されるという予定になっておりますが、今現在、常滑市民病院は新興感染症で、感染症指定病院というふうになっておりますけれども、一応効率化のために統合したときに救急対応、そちらのほうを当初は常滑市民病院は日中昼間の救急をやって夜間は半田市立半田病院のほうに担当するというような形での救急対応というふうに考えておったということですが、

それだと感染症のほうの指定病院が基準を満たさなくなるということが判明いたしまして、一応常滑市民病院のほうは夜間も統合後も救急対応をせざるを得なくなったということでございました。ですので、当初の予定とそこら辺が少し変わってしまったというふうに伺っております。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 病院のほうから、渡邊先生、どうですか。

【半田市立半田病院病院長（渡邊）】 今会長が言われましたけど、本当に機能分担をしっかりとして、半田のほうで全ての救急車も全部受けて、常滑のほうはなしというふうに考えていたんですけれども、特定感染症病床を維持するためにはと、伊藤先生にも御相談しましたが、そのためにはある程度の救急を維持しないと駄目だと。法律といいますか、その壁で、ただ、運用のほうでは何とかしようと思っておりますけれども。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 僕も参加させていただいて、やっぱり決め事の感染症、それこそ先ほどの感染症の法律の下の病床の意味と、それから現実、例えば救急を感染症病床のためだけに医療施設がずっと確保しなきゃいけないかと言われると、そこら辺は問題点としてはむしろ国のほうでお考えいただいて、地域がうまくいくのであれば、そういうふうな形を取らせていただけるという方向が一番望ましいかなと思っておりますけれども、なかなかそこら辺のところは問題点としてこういうところで上がったということをもた国に僕らは御報告するという形で、いろんな問題について今後検討させていただければと思っておりますので、よろしくまた引き続き御検討ください。お願いいたします。

それじゃ、西三河の北部ですか、加藤先生、お願いいたします。

【豊田加茂医師会会長（加藤）】 よろしく申し上げます。西三河北部、豊田市とみよし市というところの医療圏になります。

大きく3つぐらいの話合いがありまして、1つ目が名豊病院、もともと7年ぐらい前に250床で若竹病院でスタートしたところがなかなか150床のままで、名前が新成病院に変わって今回名豊病院に令和3年の12月からなっているんですけど、そのところが今200床まで何とか広げていて、来年度から遅くとも7月ぐらいまでには250床にフル稼働という形になるかというような話がありました。これは、先ほど来お話のあった名市大の話ではないんですけど、緑市民病院を今管理していた純正会が緑市民病院をやめる

というところで、そちらのほうから少し人員が来そうなので、それで250床にフル稼働できるんじゃないかという先ほどと反対の話になるんですけど、そんなような話がありました。

それからもう一つは、みよし市民病院が地ケア病床を少し拡充するというような話、これは地域医療構想の中では、地ケアがみよし市としては必要じゃないかというようなことで、これは皆さんの了承を得たという形になります。

3つ目が、馨仁会の豊田東リハビリテーション病院というのが業績不振で立ち行かなくなったということで三九会がそれを継承すると、これが4月1日からですけど、病床は同じで回復期というところに一般床を変更していきながら事業継承をという、この3つの大きな話がありました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

岩瀬先生、何か追加がありますか。

【トヨタ記念病院病院長（岩瀬）】 補足しますけれども、名豊病院は本当に初めは私も心配していました。しかし、結構患者さん、ドクターも増えて、さらにナースの数も増えてました。当院からのポストコロナの患者さんを受け取ってくださったり、夜の救急車の受入れはないんですけども、昼間は救急車の受入れも始まったということです。地域医療にとってはありがたいなと思っていますし、あと西三河北部医療圏は、豊田加茂医師会が休日診療所を今まで北部しかなかったんですけど、南部にも開設していただきましたので、地域医療支援病院の豊田厚生病院とか当院は夜間のウオークインの患者さんがそちらのほうに行っていたので第8波のときは非常に助かりました。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。

それでは、西三河南部東の小原先生、お願いします。

【岡崎市医師会会長（小原）】 西三河南部東医療圏に関しましては、まずは藤田医科大学の岡崎医療センターが災害拠点病院に承認されたということと、地域医療支援病院にも承認されたということで、全体的な医療構想をまた考え直すという方向でいくというのが1点と、あと愛知医科大学のメディカルセンターが、来年度からですけども、24時間ではありませんが、1年365日二次対応をするという形になってということで、救急医療の充実ということが話されました。

それから、問題というか、地域医療構想の推進委員会の中では、まず、岡崎市民病院の公立病院経営強化プランの案が出されてそれを検討したということが1点と、あと先ほど出た愛知医科大学のメディカルセンター、実は40床の非稼働病床があるんですけども、これは今コロナの大規模接種会場としてそこを使っていて、稼働するにも稼働しようがないということで、これが今年度、今月いっぱい終わることで、そこから準備をし直してということでスタッフの充実ということで1年ぐらいかかるということですけども、来年度には間に合わなくて再来年度ぐらいには療養病床としてそれを復活させるということがありました。

それから、外来機能報告だとか紹介実施に関しては今情報収集をしてということで行っているということです。

あともう一つ、一番の問題は、県立愛知病院、コロナ病院の休止に向けてその100床をこの医療圏でどのように活用していくかと、あるいはどういうふうに活用できるかというものの検討をさせていただきました。これに関しては入院病床を有する岡崎市内の病院の会でいろいろ検討してということですので、またそれは小林先生から提案していただきますが、よろしくをお願いします。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 じゃ、小林先生、お願いいたします。

【岡崎市民病院病院長（小林）】 ただいまの愛知病院の100床につきましては、まず、地域として今の現状ですと、ほかのエリアも同じでしょうけど、やっぱり回復期病床が足りないということで、急性期病床の患者さんが動かないために救急患者の受入れが少し滞る時期が冬場は特に、今年は12月の中旬から3月の頭ぐらいにかけてかなり長期間続いていましたので、やはり地域としては回復期病床が必要であろうという結論というか意見でした。ただ、地域としては基準病床数を超えておりますので、これはやっぱり国に特例を求めてやるしかないわけですが、その際にどこが担うかということについては、いろいろ地域内で議論がありました。地域の中小病院からしますと、公立病院、当院が公立病院ですが、公立病院は当然手出しはしてほしくないし、また公的病院である大学病院、分院というのが困ると。やはり資本力やスタッフの拡充が容易な病院があまり大きくされると中小病院がつぶれてしまうと意見が大変強かったですので、地域としては今回は公立・公的病院以外の民間病院主体でこの愛知病院の100床のうちの一部を回復期病床として使えないかと。特に使い勝手の面からは地域包括ケア病棟でやっていけないかという

ことで大筋意見がまとまりましたので、今、実際にやれる病院、やりたい病院はどこですかという今申請期間を3月いっぱい設けておまして、その手挙げ病院と共に4月以降早急にいろいろワーキングを開いて、具体的な計画を詰めて、5月の末ぐらいには地域医療連携推進協議会で6月の頭ぐらいには地域医療構想推進会議を圏域で開いて、地域での要望というのを少し明確にしていこうというふうに考えているところでございます。

以上でございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

御承知だと思いますけれども、病棟には病床には必ず人がつきますので、そのスタッフということについての御議論も引き続きお願いしたいと思っていますので、よろしくどうぞお願いします。

それでは、刈谷のほうで、世古口先生、お願いいたします。

【刈谷医師会会長（世古口）】 よろしくお願いいたします。

西三河の南部西でございますけれども、先般もお話がありました刈谷市内の整形外科病院ですが、再開に向けて準備中ということなんですけれども、人材確保等々の不安定な要素もございますので、スケジュールを見直していただいて、7月頃の委員会にて審査をいたします。

それから、西尾市民病院でございますが、急性期病棟を21床、これを返還ということでした。それから休止中の病棟30床、これを訪問看護事業として運用していくということで承認されてございます。

それから公立病院の経営強化プラン、西尾市民病院並びに碧南市民病院、地域医療構想等との整合性があるということで承認されてございます。

以上でございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

それでは、度会先生、病院のほうで特に何もありませんか。ないですか。

では、東三河北部の米田先生、お願いいたします。

【新城市医師会会長（米田）】 当委員会で協議しているベッド数、あるいはベッドの機能という点に関しましては、新城市市民病院の将来構想との関連で考えていく必要があると思います。現在の建物等が老朽化で改修、あるいは新築が必要であるということで、市役所、あるいは病院の中でいろいろ検討をしていただきまして、先週、3月20日に、医師会

の理手会に担当者がみえて説明をしていかれました。一応、現地の建て替え、既存施設の改修、あるいは移転新築という3案について、コストや工程、工期等についてのお話をされていきましたが、3案の中では移転新築に力が入っているという感じでした。

それからもう一つ、24日に下江新城市長から、新城東高校が県立高校ですが、廃校になってその跡地があるので、その活用についてどう考えているのかという発表がありまして、医療、福祉、健康増進で活用したいとのことでした。病院についてはまだ検討中であると、こういうお話でありましたので、その2点を考えると、新城東高校跡地への市民病院新築移転の方向に進んでいくのかなと思っています。実際にコストはどう立てたんだと、計算したんだということを聞きましたら、大体ベッド数としては150床を想定して計算しているとのことでした。ただ、それについては、今後、医師会、あるいは市民の意見も聞きながらやっていきたいと。これまではもう医師会は全くノータッチでございましたので、これからはコミットしながらそのあたりの内容についてもお話していきたいと思っています。詳しいことは院長のほうからお願いしたいと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

じゃ、横井先生、お願いいたします。

【新城市民病院病院長（横井）】 今の話の追加で話させていただきます。我々の病院のほうも27年から41年たってかなり老朽化が進んでおりますので、このままじゃいかんということはもう前々から言われているところでした。それに対して院内のあり方委員会で3つの案に関して、1つめの案に関しては今の土地で新しいものを造る、2つ目は改修、3つ目は新規、新しい場所で新病院を造るということに関してメリット、デメリットなど挙げて総合評価をしました。病院としてはやはり新しい場所で新規に造ることがよからうという結論に達しました。今後、市のほうへこれから持っていくという状況にあります。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

それでは、東三河の南部で、山本先生、お願いいたします。

【豊橋市医師会会長（山本）】 東三河南部ですが、大きな変動はないんですけれども、ベッドの移動としては、豊生病院から長屋病院のほうにベッドが今移りまして、増築中という形になっております。同じグループですけれども。

それから、あと、豊橋医療センター、ハートセンターが今のところ閉めているベッドが

あるわけですが、この閉鎖病棟に関しては、医療センターも今回のここ数年のコロナのために病棟を1つ閉じてコロナ病床としている状況もありまして、これでもうコロナが落ち着いたので解除していくんですけども、フロアの構造上、感染を防御するためには、そのところの半分を使ってベッドを再開しようというのも人手も含めてですけど、難しいということでストップしていたのをこれから再度、基本は夏ですけども、手配を考えて再開を考えておりますという報告を受けております。

それから、豊橋ハートセンターは、休床の分に関しまして移転を考えておりまして、移転後にフルに稼働できるように今準備中だというふうに報告を聞いております。

大きな問題は特にありません。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

浦野先生、どうぞ。

【豊橋市民病院病院長（浦野）】 病床数の話については問題ないと思いますが、東三河南部医療圏はかなり広く、昨年末、北部医療圏と一緒にするという話もあり、さらに広くなると、結局は救急医療をどうやって維持するのかという話も少しありました。三重県のほうで医療圏と地域医療の構想区を別にしていて、これは厚労省の方針とは異なりますが、そういったのも1つの選択肢として考えていいのか、今日は非常に役に立つお話を聞けて非常によかったです。またゆっくりと考えていくということになります。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 日にちは限られていますけどね。ありがとうございます。

【愛知県医師会会長（柵木）】 どこをどういうふうに、構想圏と医療圏を変えるというのは、どういうことですかね。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 東三河構想圏の中で、北部医療構想区域と南部医療構想区域的に考えるということですね。

【豊橋市民病院病院長（浦野）】 2つでいいのか、さらに分けるのかというのはこれからまた考えていきたいと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 そちら辺の議論があるかないかということは今後検討しましょうと。

【愛知県医師会会長（柵木）】 医療圏は東三河全体であって、構想圏をその中で3つぐらいに分けるという可能性もあり得ると、こういう話ですか。

【豊橋市民病院病院長（浦野）】 まだ本当に年末から出てきた話なので、北部の医療圏は、今度の医療計画の中ではそのまま、今までと同じ構想区で進んでいきますので、その次のということになると思います。

【愛知県医師会会長（柵木）】 それは今日の会での三重県のケースは参考になったかもしれませんがね。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 一当たり皆さんにお聞きしましたけれども、先ほどのコロナの病床のことですけれども、今回のコロナがあったから病床は基準病床を含めて変動していいということはないので、新しく基準病床が変わることはありません。ですから、コロナで使ったからそれは使えるよという話にはなりませんので、ぜひコロナの特例病床はコロナしか使えないという前提だから、そこだけ押さえておいていただければありがたいと思います。

一当たりの話をお聞きしましたけれども、いかがでしょうか。特に追加がなければというふうに思いますけれども、よろしいですか。

それでは、県のほうから御案内をさせていただきます。

福島さん、お願いします。

【愛知県保健医療局医療計画課課長補佐（福島）】 愛知県保健医療局健康医務部健康医療計画課の福島と申します。

連絡事項といたしまして、回復期病床整備事業費補助金の補助基準額の見直しにつきまして御説明させていただきます。

皆様方のお手元にございます通知文、回復期病床整備事業費補助金の補助基準額の見直しについてを御覧ください。

失礼ですが、着座にて説明させていただきます。

愛知県では、2025年に向けて不足が見込まれています回復期機能の病床の充実を図ることを目的といたしまして、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期病床への転換・新設に必要な経費の一部を助成する回復期病床整備事業費補助金を実施しております。

1枚おめくりいただきまして、回復期病床整備事業費補助金の概要をまとめたものでございます。

昨今の建築費単価高騰を踏まえまして、新築・増改築の補助基準額を現行の1床当たり

502万2,000円であったものを令和5年度助成分から900万円に増額して見直すことといたしました。

愛知県の現在の回復期病床数は2025年の回復期の必要病床数に対しまして依然として不足しております。委員の皆様方におかれましては、ぜひとも圏域の医療機関をはじめといたしました周知を何とぞよろしくお願いいたします。

なお、回復期病床整備事業費補助金をはじめといたします各種病床に関します助成事業につきまして、新年度改めまして、愛知県医師会様、愛知県病院協会様をはじめ、関係団体様及び県内各医療機関に通知させていただき、募集する予定としております。

連絡事項につきましては以上でございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

基準額が変わるということで、また御検討いただきたいと思います。

それでは、今日、東海北陸厚生局の佐々木局長がお見えですので、せっかくです。一言いただけますか。

【東海北陸厚生局長（佐々木）】 ありがとうございます。東海北陸厚生局長の佐々木でございます。

こうした地域医療構想を実際に皆さんが議論されている場に同席させていただきまして、大変参考になりました。ありがとうございます。

幾つかお聞きして、これを国が止めているとか相談はどうなっているかということで、私の分かる範囲でお答えするのと、考え方なんですけど、私、実は地域医療計画課長というのをやっております、構想の担当もしておったんですけども、国のほうで地域ごとの議論が全て見えているわけではないので、地域の議論を進めるために、制度のこの部分が見直しが必要だとか、例えば税制とか補助金とか、使い道もそうなんですけど、こういうものがあるんだということはぜひ提案をしていただいて、それは基本的には県庁を通じてということになると思うんですけども、それによって例えば、厚労省のほうも財務省に交渉するとかいろんなことができますので、こんな変な提案でもいいんだろうかみたいのを含めて、もう本当に地域医療構想を進めるために、これが解決すればもう一気に話がいくんだというのがあればどんどん提案していただきたいなと思っておりましたし、今の担当もそう思っていると思いますので、県庁さん、取りまとめが大変だと思いますけれども、そこはそういう形のルートでお願いしてもらおうのかなというのを聞いていて思ったところ

です。

あと、病床の話は先ほどアドバイザーの伊藤先生おっしゃったとおりで、基準病床を地域医療構想を進めるために増やすとかというような概念ではないので、その枠内でどう機能を見直していただくかという関係でしかないわけですが、あと、聞いていて1つ思ったのはさっきの提案の話で、外来の話で先ほど抜け道みたいなお話なんですけど、これも例えば県庁の話を知っていると、多分今の仕組みだと罰則的なものでいくと、例えば当該医療機関から訴訟で訴えられたときに耐えられないということを多分ありていへばそういうことだと思いますので、そうすると、やっぱり法的根拠というのが要るんだということによって提案していただくと、例えば国のほうが法改正をして法的根拠を持って停止とか、もしくはさっきの名前を出すとかがそういうのはできるようになると思いますので、それも提案していただければなというふうに思います。

あと、地域でよく話をされているなと非常に感じるんですけども、私も例えば現場で皆さんと一緒に議論したらなかなか言いにくいんですが、少し遠い立場なので言わせていただくと、各病院、多分おのおのいろんな計画とか人員は確保できますよとか予算はこれで救急を頑張れば行けますよとかという主張がされていてそれを、こんなことできねえだろうと思いつつなかなか止められないというのはあると思うんですけども、実際、でも、そこがポイントなんじゃないかなと思っていて、やっぱり働き方改革もありますから、確保はそんなに簡単じゃないと思いますし、もうちょっとシビアな議論をできるようにしていただく必要があるんだなと感じたところです。これは僕は多分皆さんと一緒にいっていったらうーんとなかなか実際はできないと思うんですけど、少し遠い場所から見ているとそういう感じがしたのと、あとは、もう一つは、だから、確保、病院の意向というものも気持ちは分かるけれども、実際どうなんだという議論が必要なのかなというふうに思ったということです。

ほかにもいろいろ、あと最後にもう一個、大学の関係、大学病院に関しては、私、愛知県に着任しましてから非常に各大学、東海北陸管内いろいろ病院ありますけど、やっぱり4大学があって、先ほどの話にも出ましたけど、各病院とも経営的な面で生き残りのことを考えていると思うんですけど、大学というのはもともと強者だと思うんです。だから、大学を地域の議論の中でなかなかそれをやめてくれとか、考え直せというのは難しいとは思いますが、それで私が聞いて思ったのは、今後大学の生き残りのためには地域と

きちんと連携している大学しかやっぱり生き残れないよというような、何か国のほうからそういうふうで大学のほうにも感じてもらうような施策が要るのかなというふうに感じたところなので、そこはどのような提案ができるかということと一緒にまた考えたいと思いますけれども、地域の議論と大学とか対等までいくかどうか別としても、少し大学のほうも考慮しながら動いてもらえるような関係性にならないと、巨大な敵に対して地域でこうなんですけどと言っても、医者を出さなくていいのかとか、すみません、物すごい乱暴な言い方をしますけれども、いろんなことでなかなか先生方が難しいんじゃないかなと思いますので、そこは制度的な担保とかいろんな国の数値を出すとかいろいろなことによって少し地域の先生方の議論に大学が真面目に向き合ってくれるようにしたほうがいいかなというのは感じたところです。

今日は大変すばらしい機会をいただきまして、ありがとうございました。先生方のまた地域での議論がうまくいくようにお祈りしていますし、できるだけ私たちも応援したいと思っています。ありがとうございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 佐々木先生、どうもありがとうございました。

本当に今力強いお言葉をお聞きしたと思っていますので、ぜひ本庁を含めて、文科省のほうにもプレッシャーをかけていただいて、ある程度方向性を出していただければ、我々も動きやすいかなと思いますし、確かに我々も少し甘い数字というのを僕も見えていて、ただ、それをコメントのしようがないところもあって、やっぱり自治体を含めて、もう少し数字の精緻化を図ってもらえれば、もうちょっと議論が進むかなと思ったところがありましたので、また、僕も佐々木先生のお声をバックに自治体のほうには言っていきたいと思っています。どうもありがとうございました。

それでは、これで私のセッションというか役目を終わりますので、浦田先生、よろしくをお願いします。

【愛知県医師会理事（浦田）】 本日の会議録につきましては、事務局が作成いたしまして、御発言の皆様方に改めて御確認をいただきます。事務局から御連絡をさしあげますので、どうぞ御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

それでは、閉会に当たりまして、愛知県医師会、柵木会長より一言お願い申し上げます。

【愛知県医師会会長（柵木）】 今日は皆さん、お忙しいところ、ちょうど年度末の本

当にお忙しかったかと思えます。非常に熱心に御議論賜りました。

また、時間も、今までは1時間半だった会議を2時間というふうに延長しましたがけれども、十分この延長しがいがあったなというふうに思っております。

特に今日は三重大学の田辺先生にお越しいただいて、三重県の医療圏と構想圏の現状と、それから、また今度感染症法が変わりましたし、第8次の医療計画で6事業目の感染症が入るということで、この2つの法律の整合性といったようなものをこれからはかなり議論の対象になって、ここに本当に矛盾が出てこないのか、あるいはこれをどういうふうに整合させていくのかというのは大きなこれからの論点になっていくのだらうと思えます。

そしてまた、地域医療構想については、各医療構想圏の現状というのをお聞きしましたけれども、やはりこれはこれなりに地域の実情を踏まえて皆さんで議論されて、しっかりと病床計画というか、病床のありようというのが立てられておるなということでまあまあ機能しているかなというのが率直な感想でございます。

これからもいろいろ論点が出てくるのかもしれませんが、今後ともよろしく願いを申し上げて、今日の会の閉会の御挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。

— 了 —